様式第３号(第７条関係)

令和　１年　５月分　子ども医療費【連記式】明細書

区分 01　識別 1

No. 1

福島市長殿

社保等用	市町村番号	県番号	医療機関コード
	07001107		1234567

保険医療機関等の所在地及び名称　東京都文京区本駒込２－２８－１６
電話番号　03-3946-0001
開設者氏名　医療法人　オルカ医院　オルカ

受給者証番号	※①性別	生年月日 年号	年	月	日	診療年月 年	月	診療日数 日	点数 点	請求額 一部負担金 円	食事療養費 食事日数 日	標準負担額 円
受給者氏名(カナ)	本・家	医療保険者番号				※②診療科	※③入外	※④公費法別	※⑤○長			
1234567		1	5	01	05	01	01	05	01	2357	4710	
フクシマ　テスト	2	03070018					2			備考		
	2									備考		
	2									備考		
	2									備考		
	2									備考		
	2									備考		
	2									備考		
						小計				2357	4710	

＜記載コードの説明＞
①性別：男→１　女→２
②診療科：記載不要
③入　外：入院→１　入院外→２
④公費法別：法別番号を記入
⑤○長：該当→１　非該当→空白

※医療費の一部負担金、食事療養費は必ず、別々に証明してください。